

(様式第1号の1)

貸付決定伺

貸付額	円	事務局長	課長	主幹	係

高額医療貸付申込書

申込金額	円
------	---

区分	借受人		被扶養者氏名 (続柄)	フリガナ									
所属所名													
職名			傷病名										
組合員氏名	フリガナ												
生年月日	昭・平	年	月	日	医療費の請求 (領収)の対象 となった期間	自平成	年	月	日	至平成	年	月	日
資格要件	組合員証 記号番号	所属所コード	組合員証番号	療養に要した 費用	円 (別紙、明細書添付)								
		資格取得 年月日	昭・平			年	月	日					
	給料月額			円	保険医療機関 保険薬局、及 びその住所								
私は、組合員貸付規則の各条項を承認し、申込みします。 平成 年 月 日 借受人 ⑩ 島根県市町村職員共済組合理事長 様													
所属所長 の意見	この申込みについて調査したところ、事実に相違なく、借受人は信用確実で 弁済能力を有する者であることを証明します。 平成 年 月 日 所属所長 ⑩												

審査	(A) 保険医療機関に支払うべき金額又は 支払った金額 (法第57条第2項の金額)	円
	(B) 施行令第23条の3の4の額	円
	(C) 貸付けの対象となる額	(A-B) = 円